UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 4

FACULTÉ DE MÉDECINE

URÉTHRITE NON GONOCOCCIQUE

MICROBIENNE ET PRIMITIVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Novembre 1910

PAR

Pierre ALLANCHE

Né à Aumont (Lozère), le 9 mars 1882

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	RAUZIER, Professeur, *Président.*	
	HEDON, Professeur	*Assesseurs*
	VEDEL, Agrégé	
	JEANBRAU, Agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1910

URÉTRHITE NON GONOCOCCIQUE

MICROBIENNE ET PRIMITIVE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 4

FACULTÉ DE MÉDECINE

URÉTHRITE NON GONOCOCCIQUE

MICROBIENNE ET PRIMITIVE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Novembre 1910

ACAD. MED. BAT. BIBL.

PAR

Pierre ALLANCHE

Né à Aumont (Lozère), le 9 mars 1882

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : RAUZIER, Professeur, *Président.* — HEDON, Professeur — VEDEL, Agrégé — JEANBRAU, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, *président.*	MM. VEDEL, *agrégé.*
HEDON, *professeur.*	JEANBRAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de piété filiale.

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

P. ALLANCHE.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE P. ASTRUC

A MES COUSINES, A MES COUSINS

A MES DEUX MEILLEURS AMIS
LE DOCTEUR MANSILLON
ET ROZIÈS, INTERNE DES HOPITAUX

A TOUS LES MIENS, A TOUS MES AMIS

P. ALLANCHE.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VEDEL

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉES

A qui revient le mérite de cette thèse, j'exprime ma profonde gratitude pour sa bienveillance à mon égard.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

P. ALLANCHE.

AVANT-PROPOS

A tous ceux qui nous ont aidé à mener nos études à bonne fin et qui ont contribué à nous rendre la période de notre existence à la Faculté agréable nous adressons nos plus sincères remerciements.

A notre père et à notre mère nous adressons notre travail. Qu'ils soient certains de trouver en nous l'affection et l'admiration qu'ils ont méritées par l'attachement sans bornes qu'ils nous ont sans cesse témoigné.

Nous n'avons qu'à nous louer de la bienveillance que nous a témoignée M. le professeur Vedel : Il s'est acquis un titre de plus à notre reconnaissance en nous facilitant la dernière étape de nos études. Nous l'en remercions vivement.

Nous n'oublierons jamais tout le profit que nous avons retiré de la fréquentation de la clinique médicale de M. le professeur Rauzier. Ses conseils, sa méthode pour l'examen des malades ne sortiront pas de notre mémoire.

Que M. le professeur Hédon reçoive l'expression de notre profonde reconnaissance pour les soins qu'ils nous a prodigués pendant une des plus cruelles périodes de

notre vie ; son amabilité, sa douceur resteront à jamais gravées dans notre esprit.

Nous prions M. le professeur agrégé Jeanbrau, qui a bien voulu être notre juge, d'accepter nos respectueux remerciements.

Nous garderons le meilleur souvenir de notre bon et vieil ami d'enfance le docteur L. Mansillon, auquel nous sommes attaché par une amitié que rien n'ébranlera ; MM. les docteurs Roziès, Gachon, Teissèdre, Roger, chef de clinique médicale, Bergogne, docteur en droit. Qu'ils nous conservent tous leur estime et leur affection.

URÉTHRITE NON GONOCOCCIQUE

MICROBIENNE ET PRIMITIVE

INTRODUCTION

Un cas très intéressant d'uréthrite non gonococcique microbienne et primitive que nous avons observé dans le service de M. le professeur Vedel nous a fourni l'idée de ce modeste travail. Sur le conseil et sous le contrôle de notre maître nous avons choisi cette question comme sujet de thèse.

Le gonocoque de Neisser, agent de la blennorragie vraie, joue un rôle si important en pathologie uréthrale qu'on n'ose guère, alors même qu'il n'est pas décelable dans les écoulements uréthraux, le décharger de toute responsabilité pathologique. Il s'est établi dans l'esprit, du fait des constatations journalières, une sorte d'équivalence entre un écoulement uréthral et la présence du gonocoque.

Dans la production des écoulements uréthraux, le microbe de Neisser est habituel mais non exclusif, et le

groupe des uréthrites non gonococciques mérite peut-être un peu plus d'attirer l'attention clinique.

Grâce à notre observation et aux autres observations réunies nous avons pu, en suivant le plan de M. le professeur Vedel, exposer une étude d'ensemble de cette question encore assez mal connue.

Voici le plan de cette étude :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Étiologie.

Chapitre III. — Symptomatologie.

Chapitre IV. — Diagnostic.

Chapitre V. — Pronostic.

Chapitre VI. — Traitement.

Observations.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Par la découverte de son microbe en 1879, Neisser crut donner la preuve de l'unité de la blennorragie ; grâce à lui l'uréthrite prit une place bien marquée dans la nosologie, elle devint un entité morbide bien caractérisée par un ensemble de symptômes cliniques à la description desquels on n'a encore rien ajouté.

Toutefois, grâce aux progrès de la bactériologie et aux nouveaux procédés de coloration, on voit bientôt dans l'écoulement uréthral des microorganismes différents du gonocoque de Neisser.

En 1884, Aubert (Etude sur l'uréthrite bactérienne) constate la présence d'éléments ovalaires n'ayant, dit-il, aucune analogie avec le Neisser.

Dans une étude sur la dualité des uréthrites (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1888) M. le professeur Rauzier montre que l'écoulement uréthral n'est pas toujours dû à un microbe spécifique, mais

à diverses variétés. A l'appui de ses dires, il rapporte 3 observations que nous reproduisons dans notre thèse.

L'année suivante, 1889, Legrain étudie certaines uréthrites différentes des infections blennorragiques par leurs caractères et leurs symptômes bien nets. Il découvre quelques espèces microbiennes parmi lesquelles le micrococcus pyogènes aureus.

Max Bockart rapporte 15 cas d'uréthrites non gonococciques microbiennes et primitives. Par la coloration à chaud dans le méthyl violet il rencontre tantôt des diplocoques petits, tantôt des streptocoques, le plus souvent libres, rarement dans les cellules et leucocytes.

Enfin Castex et Minguet augmentent en 1892 le nombre des observations et des variétés microbiennes trouvées dans le pus uréthral.

On admettait facilement la conception d'uréthrites non gonococciques microbiennes, lorsque Jamin, dans un article très complet (Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques, 1885), rassemble des faits et publie l'opinion de divers auteurs affirmant qu'on peut avoir une uréthrite primitive aseptique, c'est-à-dire sans microbes. En un mot, il soulève la question des uréthrites diathésiques provoquées par la goutte, le rhumatisme, la scrofule, l'herpès.

Guiard, dans plusieurs communications intéressantes, rapporte plusieurs cas d'écoulements uréthraux sans gonocoques et les attribue à la goutte, au rhumatisme, sans les donner toutefois comme absolument démontrés. Picard et Turbure rapportent de nouveaux cas d'uréthrites chez des goutteux, mais l'examen bactériologique manque.

En 1901, Burty ; en 1902, Malherbe, Bodländer ; en

1903, Dreyer (de Cologne), s'occupent des uréthrites non gonococciques et des divers microbes qu'ils décèlent dans le pus de l'urèthre.

On pourrait charger le bilan des uréthrites non gonococciques. A l'Association française d'Urologie, 1897, Eraud et Nogués, dans des observations minutieusement collectées, ont complété leur histoire.

Les seules qui nous intéressent sont les uréthrites microbiennes primitives. Elles sont rares, puisque Nogués n'en rapporte que 26 cas, Legrain 3, Rauzier 3, Von der Pluym 1, Bockart 15, Janet 2, Minguet 1.

A ce titre l'observation que nous rapportons peut présenter quelque intérêt.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

L'histoire des uréthrites non gonococciques ne semble pas préoccuper beaucoup les vénéréologues. La question des uréthrites, qui a été posée par Fournier et Aubert en 1884, n'a effectivement pas fait grand progrès depuis 10 ans, et plus spécialement la question des uréthrites non gonococciques d'origine microbienne.

Les matériaux d'étude sont rares, surtout si l'on n'envisage que les cas où l'urèthre était vierge de toute blennorragie antérieure. D'autre part, les cas qui peuvent être dégagés de tout rapport immédiat ou médiat avec la gonococcie ne sont guère, comme le nôtre, qu'insuffisamment étudiés au point de vue microbes.

On ne conçoit guère en pratique d'écoulement purulent uréthral sans intermédiaire de microbes. En plus du gonocoque, certains microorganismes peuvent provoquer un écoulement uréthral. Il s'agit d'apport extérieur comme pour le Neisser, ou d'une exaltation de virulence

des saprophytes du canal, ou bien encore il s'agit d'une infection par voie descendante, venant du rein, de la vessie, de l'intestin, de la prostate, ainsi que le rapporte Burty dans sa thèse 1901. Chacune de ces manières d'infection peut être plus ou moins favorisée par des états de terrain passagers ou constutitionnels.

On a signalé comme agents principaux de l'uréthrite non gonococcique d'origine vénérienne :

Six bacilles, 2 levures, 2 sarcines (Expérience de Petit et Wassarmann 1891).

Diplocoques et streptocoques :

Tavel (de Berne), 1891.
Eraud, 1896.
Janet et Nogués, 1897.

Staphylocoques :

Legrain et Leguay ;
Vannod ;
Malherbe, 1901-1902 ;
Olive et Leguyer, 1901-1902.

Staphylocoques et coli :

Jouston, 1902 ;
Bodländer, 1903 ;

Entérocoques :

Dreyer (de Cologne).

Micrococcus fallax :

E. Rousseau, 1905.

Comme fait de constatation courante nous voyons sans cesse se produire chez l'homme des réveils d'écoulements uréthraux à la suite de libations ou sous l'influence du coït qui deviendra infectant, alors qu'auparavant l'urèthre pouvait être considéré microscopiquement comme dépourvu de gonocoques. L'infection gonococcique latente pendant des mois et des années, sans se révéler

à nos yeux, reléguée silencieusement dans quelques culs-de-sac glandulaires, explique si habituellement l'apparition en apparence nouvelle d'un écoulement uréthral, que pratiquement on doit toujours incriminer le gonocoque jusqu'à preuve du contraire.

Bien plus, il est assez fréquent d'observer chez les anciens blennorragiens des écoulements dans lesquels le microscope ne décèle pas de gonocoques et montre seulement des formes bacillaires ou plus souvent diplococciques qui se rencontrent dans l'urèthre normal. Ainsi donc si le canal de l'urèthre a été visité, même à une époque très lointaine, par le Neisser, il en résulte, comme l'a bien indiqué Nogués, un état de résistance amoindrie devant l'infection.

La gonococcie présente ou passée (gonococcisme latent de Guiard) semble créer un état de réceptivité en conséquence duquel les microbes saprophytes du canal ou les microbes d'infection étrangère peuvent se développer plus aisément sur ce terrain préparé.

En plus du gonococcisme antérieur, d'autres causes interviennent qui provoquent une uréthrite sur un canal vierge de toute atteinte.

Pendant l'écoulement lochial ou menstruel, ainsi que le rapporte M. le professeur Rauzier, on peut voir apparaître et évoluer une uréthrite non gonococcique.

Signalons les uréthrites traumatiques où l'infection est apportée de l'extérieur par un cathéter ou un corps étranger quelconque.

Signalons aussi sans insister les uréthrites moins bien établies qui pourraient succéder aux érections prolongées (Ricord), à la masturbation (Jullien, Straus), les uréthrites *ab ingestis*, exemple : l'uréthrite des buveurs de bière (Nicolich et Carlier, Congrès d'Urologie, 1898).

Nous ne pouvons passer sous silence les uréthrites dites constitutionnelles, évoluant sur un terrain de moindre résistance.

Ainsi le rhumatisme (Legrain, Riel, Jullien, Minguet), la goutte, l'intoxication saturnine (Schrader), la syphilis (Fournier), la tuberculose (Tavel), agissent en éveillant la virulence des saprophytes de l'urèthre ou bien en déterminant par l'action directe de leurs microbes propres des écoulements uréthraux dont il n'existe encore que des observations éparses et imprécises. Pourquoi chez les malades affectés de fièvre typhoïde ou de fièvre de Malte l'élimination par les urines de l'Eberth ou du micrococcus melitensis ne pourrait-elle pas directement ou indirectement provoquer un écoulement uréthral ? Bien plus, ces microorganismes pourraient encore exercer une influence sécrétoire sur la muqueuse de l'urèthre, du fait de leurs toxines qui agiraient comme des irritants chimiques ainsi que Nogués le conçoit dans certains cas de bactériurie.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Nous la diviserons en quatre périodes :

1° Période d'incubation ;
2° Période de début ;
3° Période d'état ;
4° Période de résolution.

Période d'incubation. — L'incubation est généralement abrégée : elle serait en moyenne pour M. le professeur Forgue de 2 à 3 jours. Dans l'observation de Vannod, que nous reproduisons dans notre thèse, l'incubation est de 4 jours.

Burty, se basant sur l'expérience de Petit et Wassarmann, conclut à une incubation plus longue que celle de la gonococcie vraie. Cette opinion de Burty est en contradiction formelle avec notre observation I, recueillie dans le service de M. le professeur Vedel, où un sujet

non contaminé antérieurement par le gonocoque présenta une uréthrite non gonococcique dont l'incubation dura 24 heures. A l'appui de notre observation nous joignons deux des observations de M. Rauzier, disant que les malades virent l'écoulement, l'un le jour même du coït, l'autre le lendemain.

Période de début. — Le malade en urinant éprouve une sensation de chaleur, faible, non douloureuse. Du reste cette période est courte et les symptômes qui la traduisent passent le plus souvent inaperçus chez le malade qui entre en quelque sorte d'emblée dans la période d'état.

Période d'état. — Cette période est caractérisée par un certain nombre de phénomènes locaux et de phénomènes généraux. Le sujet éprouve une sensation de brûlure à la miction, mais moins prononcée que dans la blennorragie vraie. De même les érections sont moins fréquentes et moins douloureuses. On voit rarement le méat gonflé : la réaction inflammatoire est limitée à l'urèthre postérieur. Le procédé des 2 verres de Guyon ne donne un trouble floconneux que dans le 1er verre. Le sphincter membraneux est rarement forcé. La vessie, la prostate, le testicule ne sont qu'exceptionnellement atteints par l'infection uréthrale.

Le grand symptôme de la période d'état est l'*écoulement*. Celui-ci est peu abondant, assez clair, lactescent, ne ressemblant guère à la sécrétion gonococcique épaisse, abondante, jaune, verdâtre, passant par toutes les couleurs. Si on examine cette sécrétion au point de vue microscopique on la voit composée par des éléments cellulaires épithéliaux et quelques globules blancs non

déformés : on y trouve aussi quelques éléments arrondis, quelques bacilles isolés ou en chaînette.

Dans l'observation I l'examen microscopique nous a permis de faire les constatations suivantes :

Après avoir pris une goutte de pus que nous avons étalé sur plusieurs lames, après avoir fixé les préparations par la chaleur, nous les avons colorés par les procédés généraux permettant de reconnaître la grande majorité des espèces microbiennes sans les différencier.

Nous avons coloré une lamelle par le bleu de méthylène très vanté par Erlich et Kühne, une deuxième par le violet de gentiane, une troisième par le bleu de Lœffler. Nous avons examiné ces préparations et avons constaté des microcoques retenus auprès des globules de pus, d'autres étalés et répartis dans la masse.

Nous avons fait alors agir des agents différenciateurs. La méthode de Gram nous a permis de trouver des streptocoques se reconnaissant à leur disposition en chaînette, des staphylocoques disposés en amas, en grappe de raisins. Nous avons aussi trouvé des bacilles isolés ou en chaînette. Nous avons cherché le gonocoque : nous avons pour cela coloré des lamelles avec un bain d'éosine, comme le fait Roux, ou de vésuvine, comme le recommande Weinchneider : nous n'avons jamais trouvé le microbe de Neisser.

Nous avons aussi ensemencé par la méthode ordinaire en promenant à la surface du milieu choisi (sérum et agar) et placé dans une boîte de Piétri un fil de platine trempé dans le pus de notre sujet. Nous avons placé ces boîtes à l'étuve à 36° : au bout de 24 heures nous avons distingué de petites colonies transparentes, finement granuleuses. Nous avons coloré ces colonies,

les avons examinées. Nous avons toujours trouvé des streptocoques, des staphylocoques, *jamais de gonocoques.*

Les phénomènes généraux de l'uréthrite non gonococciques sont minimes si on les compare à ceux de l'uréthrite vraie. Pas de courbature, pas d'albuminurie, pas d'anémie. L'insomnie et la céphalée sont rares ou toujours bien moins accentuées dans l'uréthrite non gonococcique. Le malade qui ne souffre pas ou peu est moins inclus aux idées pessimistes. Il se laisse moins abattre et moins dominer par la maladie. Son état mental, son état général ne sont jamais atteints.

Période de résolution. — Les symptômes de la période précédente s'amendent et rétrocèdent. L'examen microscopique permet de constater la disparition des microbes qui ont cédé bien vite sous l'influence du traitement.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

La seule maladie avec laquelle on peut confondre l'uréthrite non gonococcique microbienne et primitive est l'uréthrite vraie.

Le diagnostic peut se faire :

1° Par les symptômes ;

2° Par l'examen microscopique.

Le diagnostic par les *symptômes* peut se résumer en cette formule : les phénomènes locaux et les phénomènes généraux sont bien moins marqués dans l'uréthrite non gonococcique que dans l'uréthrite à gonocoque. Dans la première l'incubation est plus courte, l'écoulement moins abondant, plus clair, pas d'érections douloureuses, pas de céphalée, etc., toutes choses sur lesquelles nous avons longuement insisté au chapitre de la symptomatologie : nous ajoutons ici que l'uréthrite non gonococcique cède plus facilement au traitement.

Le diagnostic par le *microscope* du pus uréthral repose

tout entier sur l'absence du gonocoque. La recherche de ce dernier est souvent délicate : Il convient de faire des examens nombreux et rigoureux. Les microbes que l'on rencontre le plus souvent sont les streptocoques, les staphylocoques et les bacilles que nous avons très nettement vus dans nos recherches. Certains auteurs ont signalé dans le pus des uréthrites non gonococciques, des coli, des entérocoques; nous ne les avons jamais trouvés.

M. Emile Rousseau (1905) a signalé la présence du micrococcus fallax : certains auteurs semblent lui accorder une importance toute particulière. Quelques-uns peut-être ont pu le confondre avec le gonocoque : sa morphologie, sa position intra-cellulaire ont peut-être permis la confusion. Turrot et Chadwich ont enfin isolé aussi des diplocoques que l'on a pu identifier au micrococcus fallax de Rousseau.

Dans nos recherches nous n'avons jamais rencontré ces microbes, pas plus que le gonocoque, et l'absence de ce dernier impose le diagnostic d'uréthrite non gonococcique.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

D'une façon générale le pronostic est bénin. Cependant certains auteurs ont signalé des complications assombrissant le tableau de l'uréthrite non gonococcique.

La première question qui vient à l'esprit est la suivante : L'uréthrite non gonococcique est-elle contagieuse? Cette question est d'un intérêt pratique capital. Bockart affirme la contagiosité sans jamais l'avoir observée. Janet rapporte deux cas où les malades transmirent à leur femme une uréthrite non gonococcique, mais il s'agissait d'hommes soignés pour des affections secondaires post-blennorragiques. La contagion était-elle le fait du gonocoque relégué dans quelque cul-de-sac glandulaire, ou bien était-elle due à l'uréthrite non gonococcique? Pour M. le professeur Rauzier l'uréthrite non gonococcique serait contagieuse, ainsi que le démontre l'une de ses observations. Nous croyons à la contagiosité

de cette uréthrite (Obs. I), et, consulté sur la possibilité de contracter un mariage, par un sujet malade, nous répondrons catégoriquement par la négative jusqu'à cessation complète de l'écoulement.

Au point de vue de la récidivité nous croyons pouvoir affirmer qu'un sujet atteint de ces uréthrites n'aura jamais un canal absolument sain dont la muqueuse se défendra mal contre les envahissements, et qu'il sera constamment sujet aux récidives. Il devra toujours se mettre en garde contre lui-même et se rappeler que son canal est à la merci d'un écart de régime.

Enfin une dernière question se pose : L'uréthrite non gonococcique fait-elle des complications ? En ce qui concerne les rétrécissements, la question est encore à étudier ; la transformation de l'épithélium cylindrique normal en épithélium pavimenteux paraît être due exclusivement au gonocoque. On est mieux renseigné en ce qui concerne les affections consécutives à une uréthrite. Burty, dans sa thèse, admet la possibilité du rétrécissement. Bockart et Escat (de Marseille) rapportent le cas d'une orchite et épididymite consécutives à un écoulement uréthral (Obs. X et XI).

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement comprendra en premier lieu un traitement hygiénique assez semblable à celui de la blenorragie aiguë.

Le malade s'abstiendra le plus possible d'alcool, bière, mets épicés, gibier. Il boira du lait, du thé léger, si le vin est autorisé il devra être coupé avec de l'eau. Il évitera la fatigue, les courses, les longues marches et s'abstiendra de tout rapport sexuel. Ce traitement seul suffit le plus souvent. Mais si cette expectation et le traitement antiphlogistique n'ont amené aucune amélioration, il est nécessaire d'intervenir directement et l'on doit recourir à l'emploi des astringents. Le nombre de ces médicaments est considérable, mais les solutions argentiques sont incontestablement le meilleur procédé pour obtenir la guérison.

Le malade se trouvera bien des injections d'argyrol à

1/20, trois fois par jour: l'injection ne devra pas dépasser le bulbe. Le protargol à 1/20 ou le nitrate d'argent à 1/1000 ont une efficacité aujourd'hui incontestée.

Nous recommandons aussi les lavages chauds alcalins ainsi que le recommande E. Rousseau dans sa thèse. A la période de résolution le sujet aura recours aux lavages avec le permanganate de potasse à 1/5000. Burty dans sa thèse de 1901 conseille les lavages sous pression au nitrate d'argent à 1/2000 et à une température de 30 degrés. Pour lui le siphon est l'appareil qui permet le mieux d'arriver à un bon résultat: il emploie la canule de Janet.

Le docteur Hogge (de Liège) a employé avec succès l'électro-massage: Il se sert pour cela « d'un doigtier de caoutchouc à l'extrémité duquel se trouve une mince feuille de platine dans laquelle vient s'épanouir un faisceau de fils conducteurs ». Pour éviter la formation de vésicules ou escarres cette feuille de platine est recouverte de peau de chamois. Le pôle positif est constitué par une bougie de Newman introduite jusque dans l'urèthre postérieur. Le pôle négatif correspond au doigtier. La durée de l'électrisation est de 5 à 10 minutes par séance avec des courants galvaniques à 10 milliampères. Il fait immédiatement suivre le massage d'un lavage à l'aide du siphon.

Enfin M. Guyon conseille le gargarisme prostatique dans le cas où l'infection aurait gagné l'urèthre postérieur.

Si le malade présente des complications (épididymite, orchite), on les traitera selon les procédés classiques.

On n'oubliera pas de traiter l'état général du malade (arthritisme, scrofule) par un régime et une médication appropriés.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite

(Due à l'obligeance du docteur Mansillon)

X...; étudiant en médecine, âgé de 23 ans.

Pas de blennorragies antérieures.

Coït le mercredi 16 juin 1910 avec femme présentant des pertes blanches assez abondantes. Avait eu un coït antérieur 8 jours auparavant avec femme ne présentant aucune perte.

Le lendemain, 17 juin, au réveil, le sujet éprouve une sensation de pesanteur légère au niveau de la fosse naviculaire.

Le méat est légèrement rouge avec bords agglutinés par une sécrétion blanchâtre. Par l'expression on amène une *goutte blanc grisâtre*. Après la miction, sensation de chaleur au niveau de la fosse naviculaire.

On prélève une goutte de pus pour l'examen bactériologique et on pratique une instillation de quelques gouttes d'argyrol à 1/20.

Après coloration au bleu de Loeffler, nombreux microorganismes, strepto-bacilles, cocci isolés en tétrades et et quelques diplocoques tout petits, beaucoup plus petits que les gonocoques. Un Gram est aussi fait et les diplocoques prennent le Gram. Enfin dans la même préparation on rencontre quelques cellules épithéliales et quelques globules blancs, mais très peu nombreux. Ce qui frappe dans la préparation, c'est le grand nombre de microorganismes et la rareté des cellules ou globules (3 à 4 par champs), on croirait examiner une culture de microorganismes.

Les pertes de la femme que l'on a pu examiner deux jours après furent colorées par les mêmes procédés : bleu de Loeffler et Gram. Or les préparations furent semblables, comme nombre et variétés, au pus uréthral examiné en premier lieu. La contagion semble donc être directe et nette.

On institue le traitement par injections 3 fois par jour *d'argyrol au 1/20*, dans l'urèthre antérieur et sans essayer de dépasser le bulbe.

On continue à prélever du pus pour suivre l'évolution de cette uréthrite.

Après la première injection (c'est-à-dire 5 à 6 heures après) l'écoulement devient plus abondant et plus jaunâtre ou plutôt gris sale. De nombreux polynucléaires non déformés se voient avec des microorganismes dans leurs protoplasmes. Les diplocoques prennent le Gram.

Deux jours après, nombreux polynucléaires, quelques grands mononucléaires, cellules épithéliales, filaments de fibrine et presque plus de microbes. Seuls quelques

diplocoques, dont quelques-uns intra-cellulaires, se rencontrent, mais on les colore par le Gram qu'ils prennent très bien. Les phénomènes douloureux ne se sont pas accentués, seule la pesanteur au niveau de la fosse naviculaire persiste. L'écoulement disparaît en 6 jours avec le traitement par l'argyrol au 1/20.

Deux jours après avoir cessé le traitement, le malade fait une assez longue promenade suivie de repas copieux avec vins. Le lendemain matin, légère goutte et chaleur en urinant. On examine et l'on trouve des polynucléaires en très grand nombre et quelques cocci avec diplocoques (*1 ou 2 groupes chaque 15 à 20 champs*) qui prennent le Gram.

On reprend 3 jours l'argyrol et l'écoulement ayant disparu nous avons conseillé au malade de faire quelques grands *lavages de permanganate à 1 5000*. La goutte matinale est examinée plusieurs jours de suite, mais *plus de diplocoques* ni autres organismes, seuls quelques polynucléaires ; on cesse les grands lavages ; au bout de 10 jours le malade reprend son train de vie normale ; plus de goutte, même le matin.

Durée totale : 20 à 25 jours.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à plusieurs points de vue :

1. — Il semble bien que dans le cas présent nous ayons *affaire à une uréthrite non gonococcique* provoquée par des flueurs blanches, dues à des microorganismes divers. En effet, la comparaison des deux préparations (pus uréthral et pertes blanches de la femme) nous a permis de conclure à l'analogie des espèces microbiennes dans les deux cas. *L'origine de l'uréthrite paraît donc nette.*

II. — *La courte incubation de cette uréthrite est évidente* (24 heures seulement).

III. — *L'absence complète de douleurs.* Seule une légère pesanteur au niveau de la fosse naviculaire et au même point, sensation de chaleur après la miction qui est indolore.

IV. — Enfin nous devons signaler la présence de diplocoques plus petits que les gonocoques de Neisser et prenant le Gram, qui, alors que les autres variétés microbiennes avaient disparu dès le second jour de traitement, ont continué à se montrer jusqu'à la disparition de l'écoulement. Mais d'autre part il faut reconnaître leur très petit nombre.

Observation II

(Professeur Rauzier)

Il s'agit d'un jeune homme de 23 à 24 ans qui, indemne jusqu'alors de toute affection uréthrale, vit un beau jour survenir un écoulement purulent. La coupable était une toute jeune fille qui, peu de mois auparavant, avait, paraît-il, confié à son amant les prémisses d'une virginité intacte. Depuis l'abandon du précieux dépôt, aucun nuage n'était venu, dans un ménage aussi uni qu'irrégulier, assombrir l'azur de leur existence. D'où un étonnement et une indignation faciles à concevoir le jour où un écoulement de sinistre augure vient faire craindre au sujet de l'observation un malheur immérité.

Consulté vers le sixième jour, je constatai dans la marche de l'affection des particularités qui me frappèrent : l'écoulement était peu abondant (à peine quelques gouttes dans la journée), la douleur presque nulle (une très légère cuisson pendant la miction), pas d'érections douloureuses. Le malade, soigneusement interrogé sur les débuts de l'atteinte, m'apprit que l'écoulement était survenu le lendemain même d'une rencontre qu'une abstinence un peu prolongée avait rendue par trop orageuse. Le coït avait été répété cinq fois dans un espace de temps assez limité.

Curieux de suivre, sans l'interrompre, la marche de la maladie, et confiant dans l'intelligence de mon malade, je m'abstins de toute médication et me bornai à recommander les prescriptions hygiéniques habituelles. Cette prescription des plus modérées ne fut même pas observée et le sujet m'apprit plus tard que, pendant le cours de sa maladie, il avait à plusieurs reprises cédé à Vénus, sans laisser, comme on a dit, à l'amour blessé le temps de sécher ses larmes.

Sur ces entrefaites M. Roux présentait à l'Académie son procédé de décoloration de gonocoques. C'était le cas d'en faire l'application. Je l'essayai et ne trouvai pas de gonocoques dans le liquide examiné : rien que les gonocoques de Neisser, ne disparaissant pas par l'alcool.

Au bout de 11 jours et en l'absence de toute intervention, l'écoulement était complètement tari, sans que la marche de l'affection eût jamais présenté les caractères habituels de la blennorragie normale.

Observation III

(Professeur Rauzier)

En mai 1887, j'ai observé un cas analogue chez un étudiant en médecine : un écoulement purulent, d'abondance très modérée, survint à la suite d'un coït pratiqué avec sa maîtresse pendant la période menstruelle : l'ardeur uréthrale avait commencé à se manifester le jour même du coït. L'écoulement persista seize jours, avec les allures les plus discrètes. Le quinzième jour il y eut quelques menaces de cystite du col qui disparurent au bout de 24 heures, entraînant par une révulsion énergique les derniers restes de l'écoulement. L'examen microbiologique du pus, pratiqué au quatorzième jour, a relevé l'absence de gonocoques et la présence des mêmes éléments bactériens que dans le cas précédent.

Observation IV

(Professeur Rauzier)

Au mois d'octobre, j'ai été consulté par un jeune homme de 22 ans, d'une bonne constitution, qui sans causes démontrées présentait un écoulement purulent de minime abondance survenu un mois après le dernier

coït. Le liquide de l'écoulement était dépourvu de gonocoques, renfermait des globules blancs en abondance et des éléments microscopiques divers ne disparaissant pas par l'alcool. Je n'ai vu le malade qu'une fois et l'ai engagé à s'abstenir de toute médication locale. J'ai appris dans la suite que l'écoulement avait disparu de lui-même au bout de 3 semaines environ.

Observation V

(Legrain)

J...., caporal au 79e de ligne, entre à l'hôpital le 12 février 1888 pour une fièvre typhoïde ayant déjà 4 jours d'invasion. La fièvre évolue sans complications spéciales et le malade entre en convalescence vers le 1er mars. Le 21 mars, après avoir ressenti depuis plusieurs jours de la douleur en urinant, il remarque une légère goutte blanchâtre au méat. Pendant les 4 jours qui suivent, l'écoulement est considérable et la douleur pendant la miction assez intense. Le premier jet surtout est douloureux. Puis, rapidement l'écoulement diminue d'abondance et les douleurs deviennent moins fortes. Le 26 mars, le malade s'aperçoit après avoir uriné qu'un filament sanguinolent pend au méat. A partir de ce moment il urine plus souvent qu'à l'ordinaire et l'émission des dernières gouttes lui cause une douleur qu'il rapporte à la vessie. L'urine est trouble et il existe un peu de ténesme vésical pendant quelques jours ; mais tous ces

symptômes s'amendent rapidement, et 20 jours après le début de l'écoulement le malade sort de l'hôpital, complètement guéri. Aucun traitement n'avait été institué. Le malade était indemne de toute affection vénérienne et n'avait jamais eu que des végétations.

J'ai pratiqué à 4 reprises différentes l'examen bactériologique de l'écoulement. Sur aucune de mes plaques je n'ai trouvé de bacilles typhiques. Par contre j'ai obtenu de nombreuses colonies du microcoque blanc à colonies foliacées, du diplococcus subflavus et surtout du micrococcus pyogenes aureus. Les colonies de cette dernière espèce étaient très nombreuses et certains des tubes de gélose inoculés directement avec le pus urétheral donnèrent des cultures où le micrococcus pyogenes aureus existait à l'état de pureté.

Sur les préparations je n'ai pu déceler aucun gonocoque ni aucune bactérie contenue dans les globules de pus. Dans les premiers jours de l'écoulement surtout les préparations montraient de nombreuses cellules épithéliales couvertes de bactéries : des amas peu nombreux de microcoques existaient aussi entre les cellules.

Observation VI

(Nogués. — *Annales des maladies des organes génit.-urin.*, 1897, p. 655)

Le 26 mars 1896, un jeune homme ressent presque subitement une très vive douleur dans le testicule droit qui augmente un peu de volume. Il se couche et au bout

de 48 heures tout disparaît. Le malade se croit donc guéri et reprend son métier. Le 31 mars, même phénomènes objectifs et subjectifs que la première fois, mais beaucoup plus accentués : le testicule droit double de volume. On note aussi de l'œdème du scrotum, un peu de liquide dans la vaginale. L'épididyme est gros ainsi que le canal déférent ; la prostate est normale. Soupçonnant une affection uréthrale, nous prescrivons un traitement antiphlogistique et au bout de 15 jours la guérison était à peu près complète.

Un interrogatoire serré nous apprit que le malade avait contracté deux blennorragies d'ailleurs bien guéries. L'examen du canal montre, en effet, que la pression la plus énergique sur toute la longueur du canal ne fait sourdre la plus légère trace de sécrétion. A l'épreuve des 2 verres le premier seul contient quelques filaments assez épais et assez denses. L'examen bactériologique de ces filaments y révèle la présence en assez grand nombre d'une bactérie courte, trapue, ne gardant pas le Gram et ayant en un mot les réactions colorantes du coli-bacille. Des examens ultérieurs ont confirmé nos premières constatations. Dans la suite, tous les tubes qui avaient été ensemencés ont donné de luxuriantes cultures : toutes ont reproduit la bactérie trouvée à 2 reprises dans les filaments et dans les fausses membranes.

Observation VII

(Tavel)

Un jeune homme de 21 ans, bien constitué, n'ayant jamais eu auparavant de gonorrée, mais ayant des pollutions fréquentes depuis 2 ans, présente subitement un écoulement abondant gris jaunâtre, séro-purulent. Peu de douleurs à la miction, seulement une légère sensation de brûlure dans l'urèthre. On voit microscopiquement un grand nombre de leucocytes polynucléaires, quelques bactéries et un grand nombre de coques, en parties intra-cellulaires et en partie extra-cellulaires, ne présentant pas le groupement de gonocoques et se colorant au Gram. Les cultures sur sérum, sur agar et ascite-agar ont toutes donné des cultures pures de streptocoques en longues chaînettes.

Observation VIII

(Thèse de Minguet)

M. X..., étudiant en droit, 23 ans, a déjà eu deux attaques de rhumatismes. Jamais il n'a eu d'affection vénérienne quelconque, jamais d'écoulement uréthral. Il est

pris, vers le mois de mai 1892, d'une troisième attaque de rhumatisme, laquelle dure 15 jours. A la période de declin on constate beaucoup d'urates dans les urines et une urethrite légère de tout le canal. L'urethrite dure 18 jours.

Intentionnellement aucun traitement.

A l'examen au microscope le pus présente des microcoques. Les cultures donnent en assez grande quantité le microcoque pyogenes aureus et un bacille qui est le bacille n° 2 de la thèse de Legrain.

Observation IX

(Thèse de Legrain, p. 88

Legrain a eu l'occasion d'amener un cas d'urethrite simple survenue chez un étudiant en médecine indemne de toute affection vénérienne, n'ayant eu aucun rapport depuis au moins un mois et qui croyait devoir attribuer son écoulement à l'ingestion d'une notable quantité de bière. Le pus, dans ce cas, contenait en assez petite quantité des microcoques et des éléments bacillaires

Observation X

(Escat, de Marseille)

Il s'agit d'un étudiant en médecine qui fut pris d'un écoulement plus d'un mois après les derniers rapports sexuels : il n'avait jamais eu de blennorragie et son étonnement fut grand en voyant un écoulement qu'il ne pouvait expliquer. Il prenait du salol depuis quelques jours pour des troubles gastriques ; l'apparition de l'urétrite lui parut intimement liée, soit à cette médication, soit à des libations un peu exagérées, notamment à des excès de bière. L'écoulement a persisté depuis cette époque toujours peu abondant — sans réaction inflammatoire et sans gonocoques — et bientôt réduit à une simple goutte. Treize jours après le début, le malade reprend les rapports sexuels, mais en quelques jours une épididymite à allure torpide se développe à droite. Le malade est très effrayé, il sait qu'il n'a pas de gonocoques et **craint une localisation tuberculeuse.**

Je le vois et je constate un gros noyau d'épididymite dur, lisse et peu douloureux ; le canal déférent est sain sans déformation, le toucher rectal ne montre rien de **suspect au point de vue bacillaire.**

J'ai pratiqué à plusieurs reprises des examens microscopiques : des leucocytes et des cellules épithéliales et quelques cocci. J'ai encore relevé chez ce malade une fois

nérabilité toute spéciale aux agents chimiques : il n'a pu supporter un lavage au permanganate à 1 p. 4000 sans éprouver des douleurs et une réaction vésicale violente.

Observation XI

(Escat, de Marseille)

Il s'agit d'un étudiant en médecine qui coule pour la première fois depuis 4 mois. Cinq jours après un coït, il a vu paraître une sécrétion à peine blanche, sans réaction inflammatoire. Il a tenté des injections de sublimé et de protargol qui n'ont produit qu'une irritation vive et transitoire. Il me déclare d'ailleurs qu'il n'a véritablement coulé qu'après ces injections.

Mon malade est profondément neurasthénique. Je ne peux lui persuader que son uréthrite est en voie de guérison, et sur ses instances je lui fais quelques lavages au permanganate. Il semble que la sécrétion ait diminué mais elle reparaît bientôt. Le malade pratique lui-même d'autres lavages astringents, mais sans succès. Le malade se désespérait en voyant persister cette sécrétion lactescente. Toute médication était suspendue lorsque parut une épididymite gauche aiguë avec de la déférentite, le canal déférent étant même très gros.

L'épididyme droit s'est également tuméfié légèrement, la sécrétion uréthrale a gardé ses caractères bizarres de goutte claire, persistante. La prostate et les vésicules restent normales. J'avoue que j'ai eu des craintes de

bacillose, car ce malade n'a jamais eu de gonococcie. Mais les faits précédents m'ont fait réserver le diagnostic. L'épididymite a été assez douloureuse, bien qu'il n'y ait pas eu de fièvre, ni de retentissement sur l'état général : l'appétit est resté bon et au bout de 15 jours, malgré la persistance des noyaux épididymaires et de l'augmentation de volume du canal déférent, les accidents sont en résolution.

CONCLUSIONS

I. — On peut observer des urethrites dans lesquelles les examens microscopiques de l'écoulement ne permettent pas de trouver le gonocoque, mais décèlent certaines variétés de microorganismes.

II. — Ces urethrites reconnaissent des causes multiples :

Prédisposantes : terrain ;

Occasionnelles : irritations locales ;

Déterminantes : staphylo-streptocoques, bacilles.

III. — L'évolution clinique de ces urethrites est différente de celle de l'uréthrite vraie.

IV. — Le diagnostic différentiel se fait cliniquement et surtout par l'examen bactériologique.

V. — Le pronostic est généralement bénin, assombri parfois par des complications locales.

VI. — Le traitement consiste principalement en injections de sels d'argent auxquelles on adjoindra un traitement général et un traitement local des complications.

BIBLIOGRAPHIE

Aubert. — Lyon Médical, 1884, t. XLVI.

Berg. — Uréthrite après une course à bicyclette (Ann. Guyon, 1897, p. 440).

Bocksart (Max). — Ueber die pseudo gonorrhoi-che Entzundung der Harnrohre und des Uebenhodens (Monatschr. prakt. Dermat. (d'après Deutsch. med. Woch. (888, n° 52, p. 1077).

Bucry. — Uréthrites primitives aseptiques (Thèse Paris, 1901).

Castex. — Uréthrite sans gonocoque (Journ. des conn. méd., juin 1887).

Cours. — Uréthrite primitive non gonococcique avec de très nombreux bacilles de l'influenza (Deutsch. mediz. Woch., n° 29, 20 juillet 1905).

Claudius. — Méthode générale pour la coloration des bactéries (Ann. Inst. Past., 1897, p. 332).

Dubois d'Enghien. — Uréthrite gonflée (Congrès urologie, 1908, p. 134).

ERAUD. — Uréthrites non gonococciques (Associat. fr. d'Urologie, 1897, p. 227).

ESCAT. — Association française d'Urologie, 1897.

FOURNIER. — L'herpès (Gaz. méd. de Paris, mars 1896, p. 129).

GUIARD. — Les uréthrites non gonococciques (Ann. des mal. des org. génit.-urin., 1897, p. 460).

— Y a-t-il des uréthrites goutteuses (Journ. de méd. de Paris, 1893, p. 130).

— Uréthrites primitivement aseptiques (Ann. des mal. des org. génit.-ur., 1897, p. 491).

HOGGE. — L'électro-massage de la prostate (Associat. fr. d'Urolog., 1899, p. 235).

— Association française d'Urologie, 1898, p. 168.

JANET. — Association française d'Urologie, 1897, p. 296.

JAMIN. — Article Uréthrite (Dict. de méd. et de chir. pratiques. Paris, 1885).

LEGRAIN. — Les microbes des écoulements de l'urèthre, 1888.

— Les associations microbiennes de l'urèthre : leur rôle dans la blennorragie et ses complications (Ann. des mal. des org. génit.-urin. Paris, 1889).

LÖB. — Sur l'uréthrite non gonococcique et l'uréthrite par irritations.

LAVENANT. — Les uréthrites à entérocoques (Province médicale, 2 décemb. 1902).

MALHERBE. — Un cas d'uréthrite aiguë à staphylocoques (Ann. de Guyon, 1901, p. 1306).

MINGUET. — Thèse de Paris, 1892.

NICOLICH. — Associat. française d'Urologie, 1898, p. 172.

NOGUÉS. — Infection uréthro-prostatique due à des microbes particuliers (Ann. Guyon, 1899, p. 688).

Nogués. — Pathogénie d'une variété d'uréthrite aseptique (Assoc. fr. d'Urologie. Paris, 1898, p. 158).

Petit et Wassarmann. — Sur les microorganismes de l'urèthre normal de l'homme (Ann. des mal. des org. génit..-ur., 1891, p. 378).

Rauzier. — Le gonocoque et la dualité des uréthrites (Gaz. hebd. des sc. med. de Montpellier, 1888, t. X, p. 73 et 85).

Turbure. — Les uréthrites goutteuses (Thèse de Paris, 1887).

Vannod. — Les uréthrites aiguës avec microcoques (Ann. Guyon, 1905, t. I, p. 438).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 novembre 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 novembre 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!